

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de Chirurgie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur W. TAILLARD

LE TRAITEMENT DE LA DYSPLASIE CONGENITALE DE LA HANCHE DANS LES QUINZE PREMIERS MOIS

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Alain CORDONIER

de

MONTANA (Valais)

Thèse No 3646

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1978



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545901_0075

**LE TRAITEMENT
DE LA DYSPLASIE CONGENITALE
DE LA HANCHE
DANS LES QUINZE PREMIERS MOIS**

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Alain CORDONIER

de

MONTANA (Valais)

Thèse No 3646

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1978

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur W. Taillard et du docteur E. Grasset, chargé de cours, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 12 janvier 1978

Le Vice-doyen :
André Cruchaud

Thèse No 3646



Que monsieur le professeur W. Taillard qui m'a entouré de sa bienveillance et monsieur le docteur E. Grasset qui m'a soutenu dans ce travail, reçoivent ici l'expression de ma reconnaissance.

LE TRAITEMENT DE LA DYSPLASIE CONGENITALE DE LA HANCHE DANS LES QUINZE PREMIERS MOIS

En 1973, le thème du congrès annuel de la Société Suisse d'Orthopédie, était celui des traitements conservateurs et chirurgicaux de la luxation congénitale de la hanche, et de leurs résultats à terme moyen, puisqu'un délai d'au moins trois ans après leur mise en oeuvre était exigé pour leur appréciation.

Le matériel était celui de toutes les cliniques orthopédiques de Suisse, ventilé selon un questionnaire type et traité ensuite par ordinateur en fonction de certaines têtes de chapitre.

L'ensemble de ces chapitres devait faire l'objet d'un livre dont la publication, pour plusieurs raisons, n'a pas été possible.

Il nous a donc paru intéressant, de consigner en un travail de thèse, le chapitre dont la Clinique Universitaire d'Orthopédie de Genève avait été chargée, concernant le traitement de la dysplasie congénitale de la hanche dans les quinze premiers mois de la vie.

Notre travail a donc comme premier but de recenser les méthodes employées ces vingt dernières années, notamment dans les diverses cliniques suisses, pour traiter, avant l'âge de quinze mois, la dysplasie subluxante ou la luxation avérée congénitale de la hanche.

Le second but sera évidemment d'en apprécier les résultats.

Il nous est apparu rapidement que la recherche d'éléments trop différenciés aboutissait à une impasse, le nombre des cas s'abaissant d'une façon telle que sa signification n'était plus valable.

Même en se limitant à des groupements plus généraux, les résultats ne doivent être admis que de façon critique. Les question-

naires ont, en effet, été remplis d'après des observations de très inégales valeurs, et ne permettant souvent de n'avoir qu'un nombre restreint de réponses raisonnablement assurées.

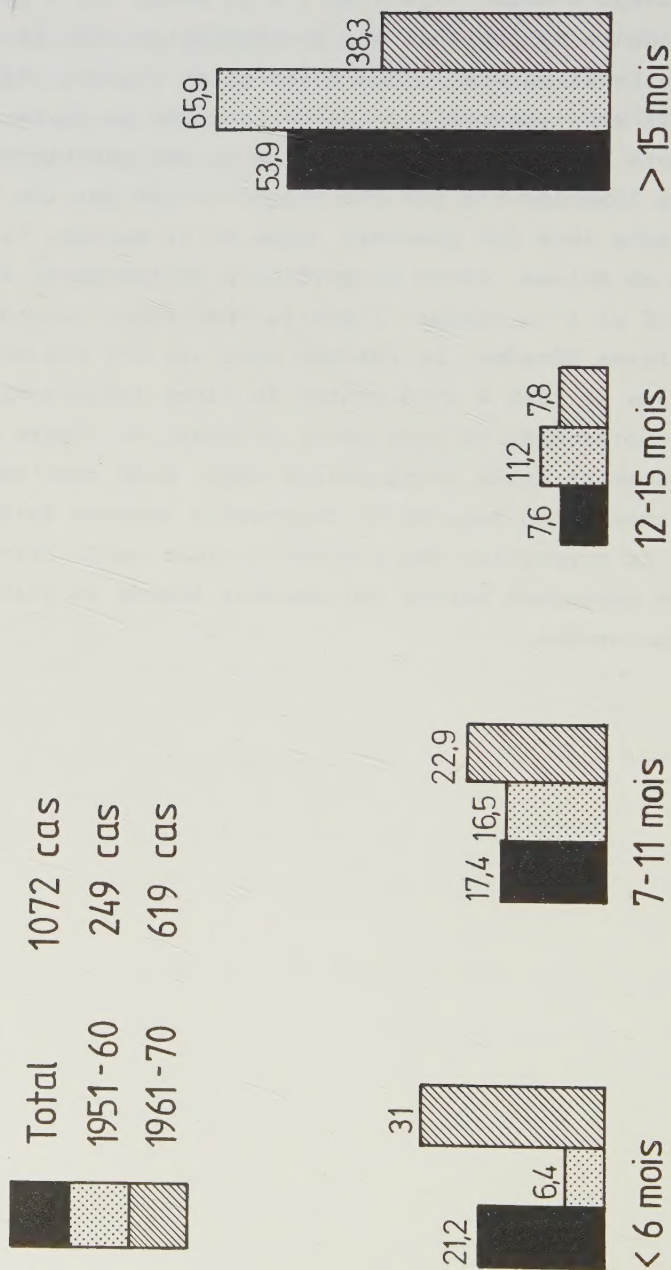
Pour pallier autant que possible à cet inconvénient, nous avons confronté les résultats généraux avancés à nos cas de la Clinique, expérience restreinte, mais directe, et directement critiquable et interprétable, et portant sur 28 enfants.

I. AGE DE DEBUT DU TRAITEMENT (tableau No 1)

Sur un total de 1072 cas analysés 21,2 % des cas ont été traités avant 6 mois, 17,4 % de 7 à 11 mois, 7,6 % de 12 à 15 mois. Près de la moitié donc ont pu bénéficier d'un traitement avant l'âge de la marche, ou du moins avant d'avoir déjà marché plusieurs semaines sur une hanche subluxée ou luxée. Ce sont les enfants "suivis" par un pédiatre ou des parents attentifs, et où la luxation n'a pas été diagnostiquée par une boiterie persistante lors des premiers temps de la marche. Il y a eu un sur deux en Suisse. Cette proportion a heureusement favorablement évolué si l'on analyse l'âge du traitement initial dans les deux dernières décades. Le tableau basé sur 249 cas de 1951 à 1960 et 619 cas de 1960 à 1970 montre de façon indubitable non seulement l'accroissement en pour cent, et aussi en nombre absolu, des diagnostics faits avant quinze mois, mais dans ces derniers l'augmentation massive du diagnostic précoce fait avant 6 mois.

La proportion des enfants traités après quinze mois (38,3 %) reste cependant encore extrêmement lourde en Suisse ces dix dernières années.

I Age de début du traitement



II. EVOLUTION DES METHODES DE TRAITEMENT (tableau No 2)

Il nous a paru sans intérêt de donner un inventaire complet de toutes les techniques d'abduction, de tous les types de plâtres, d'extensions et d'attelles employés avec leur fréquence. Pour la raison simple que si l'on essaye non pas même d'examiner leur résultat isolé, mais leur influence isolée dans un résultat final, on s'enferme dans des recouvrements dont la signification est douteuse. Par contre nous avons examiné la fréquence relative de quatre groupes de techniques conservatrices dans la première décade et dans la seconde :

- les procédés d'abduction (lamage large, culotte d'abduction, etc...)
- les différents types d'extension
- les différents types d'attelles
- les différents types de plâtres.

Dans la première décade (85 cas), les techniques d'abduction sont peu utilisées, l'extension et le plâtre constituant l'énorme majorité des traitements. Le recours à l'attelle est peu fréquent.

Dans la deuxième décade (382 cas), il y a une ascension impressionnante des techniques d'abduction et une diminution de l'emploi du plâtre et de l'extension. Le recours aux attelles est plus fréquent.

Sans vouloir interpréter outre mesure ces courbes, puisque les pourcentages montrent que les traitements ont été souvent combinés, il ressort cependant comparé au tableau précédent, que la précocité du diagnostic entraîne une diminution des interventions orthopédiques "lourdes" (extension, plâtre) impliquant une hospitalisation, au profit d'un traitement plus simple, pouvant souvent être réalisé, en grande partie du moins, ambulatoirement.

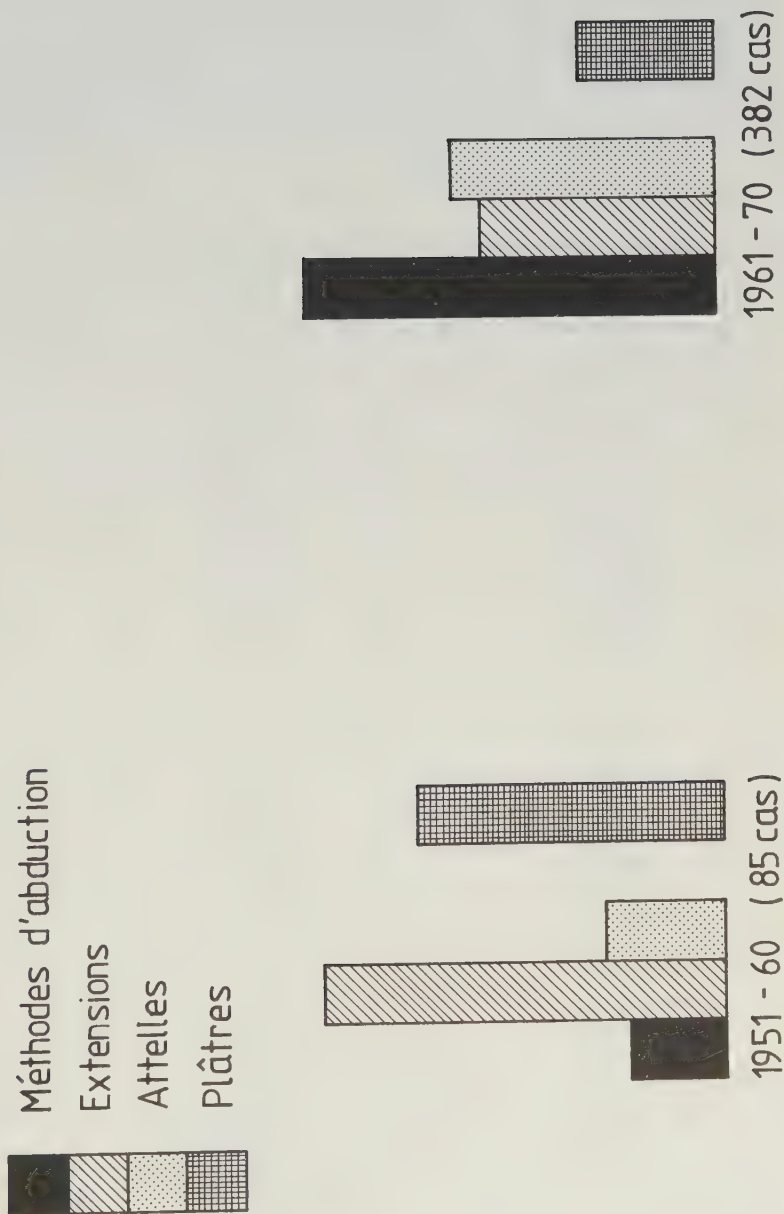
Pour autant, et nous verrons que ce semble être le cas, que le résultat final ne s'en ressente pas, il y a là un avantage psychologique pour l'enfant et sa famille, et économique pour la société, qui n'est pas à dédaigner.

Les calculs montrent qu'un plâtre sur trois environ a été combiné à une extension, et un sur quatre à une attelle. Ces proportions paraissent faibles actuellement, où la tendance est assez généralisée de faire précéder la réduction et le maintien plâtré d'une extension dans l'axe puis en abduction, pour éviter les nécroses de la tête, et de limiter le temps d'immobilisation plâtrée en assurant avec une simple attelle la correction de la dysplasie dès que la hanche est assez stabilisée.

Ces chiffres s'expliquent (la comparaison des deux décades en fait foi) par le fait que pendant longtemps la réduction a été immédiate et le plâtre le seul moyen de contention employé !

Le traitement chirurgical n'a été pratiqué, avant quinze mois, que dans trois cas, où il s'est agi d'une réduction sanglante avec adductorotomie. Les cliniques suisses ont donc été extrêmement réservées dans l'intervention opératoire sur la hanche luxée du tout petit, et avant quinze mois, il ne s'est agi donc que de traitements conservateurs. Les résultats qui vont être exposés montrent que ce manque d'audace opératoire était plutôt sagesse. La réduction sanglante dans cette première période de la vie paraît bien ne trouver son indication que pour une luxation ou un chirurgien extrêmement particuliers.

II Evolution des méthodes de traitement



III. RESULTATS CLINIQUES DU "TRAITEMENT PRECOCE" (tableau No 3)
(procédés d'abduction) 823 cas.

Traitement précoce est mis entre guillemets, car l'analyse ne permet pas de dire que les résultats le concernent lui seul, et qu'il n'a pas été suivi d'attelles, voir de plâtres. Mais on peut affirmer que ces résultats sont ceux d'un traitement précocément institué, puisqu'à un moment donné les simples procédés d'abduction ont été jugés suffisants.

Le tableau est assez explicite pour montrer l'absence pratique de douleurs (et ce ne sont que des douleurs à la charge), de raccourcissements importants (moins de deux centimètres, et encore uniquement dans les unilatérales, où une référence à la hanche saine les rend plus sensibles).

Si l'on tient compte de ces différents facteurs, il n'y a, quand un traitement précoce a pu être institué, qu'un 2 % de hanches qui ne retrouvent pas un état clinique parfait. Encore ce 2 % n'est-il ni gêné par des douleurs, ni par un raccourcissement ou un enraidissement important de l'article.

III Résultats cliniques du traitement précoce (procédés d'abduction 823 cas)



IV. RESULTATS CLINIQUES DU TRAITEMENT AYANT NECESSITE
L'IMMOBILISATION PLATREE (tableau No 4) (118 cas)

Ces cas ont tous nécessité le recours à un ou plusieurs plâtres, ce qui n'exclut pas l'association d'autres traitements. On peut cependant en déduire qu'ils présentaient probablement une importance plus sérieuse.

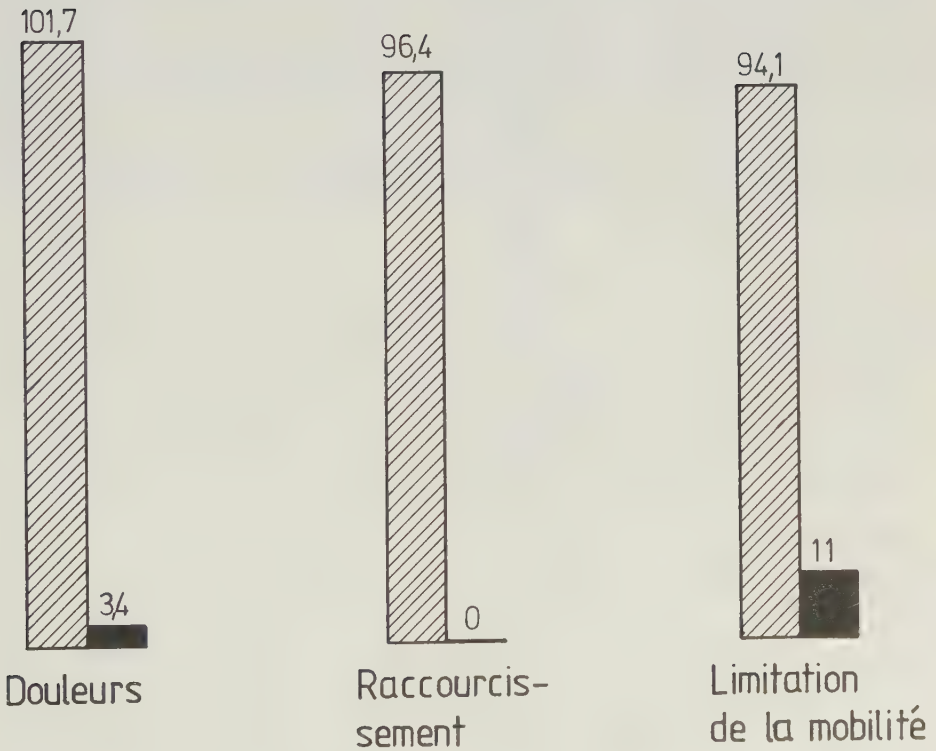
A l'exception de l'absence de raccourcissements, expliquée par le fait que la statistique n'a pu porter que sur les luxations bilatérales, on voit que le résultat reste dans l'ensemble satisfaisant, mais que sa qualité baisse un peu : le recours au plâtre signe des cas dont la tendance dysplasique est plus forte, ou plus tardivement diagnostiquée.

IV Résultats cliniques du traitement ayant nécessité l'immobilisation plâtrée (118 cas)



Sans

Avec



V. RESULTAT RADIOLOGIQUE FINAL DES TRAITEMENTS AVEC PLATRES
(tableau No 5)

Nous nous sommes heurtés, sur ce point, et sans pouvoir la résoudre à une difficulté d'interprétation très grande. Il y a une évolution physiologique des angles mesurés, et il faudrait faire plusieurs coupes, à l'âge du dernier contrôle, pour évaluer exactement la fermeture de ces angles, ce qui restreint le nombre de cas par catégories. Il faudrait également éliminer les cas ayant subi une intervention ultérieure. Et même en ce qui concerne l'aspect de la tête nous n'avons pas été sûrs que la "nécrose de la tête" corresponde aux mêmes critères dans tous les questionnaires remplis : un trouble d'ossification passager peut-être réversible. Ce n'est donc qu'une impression que nous livrons ici, et limitée aux seuls cas justiciables d'un plâtre dans la gamme des thérapies.

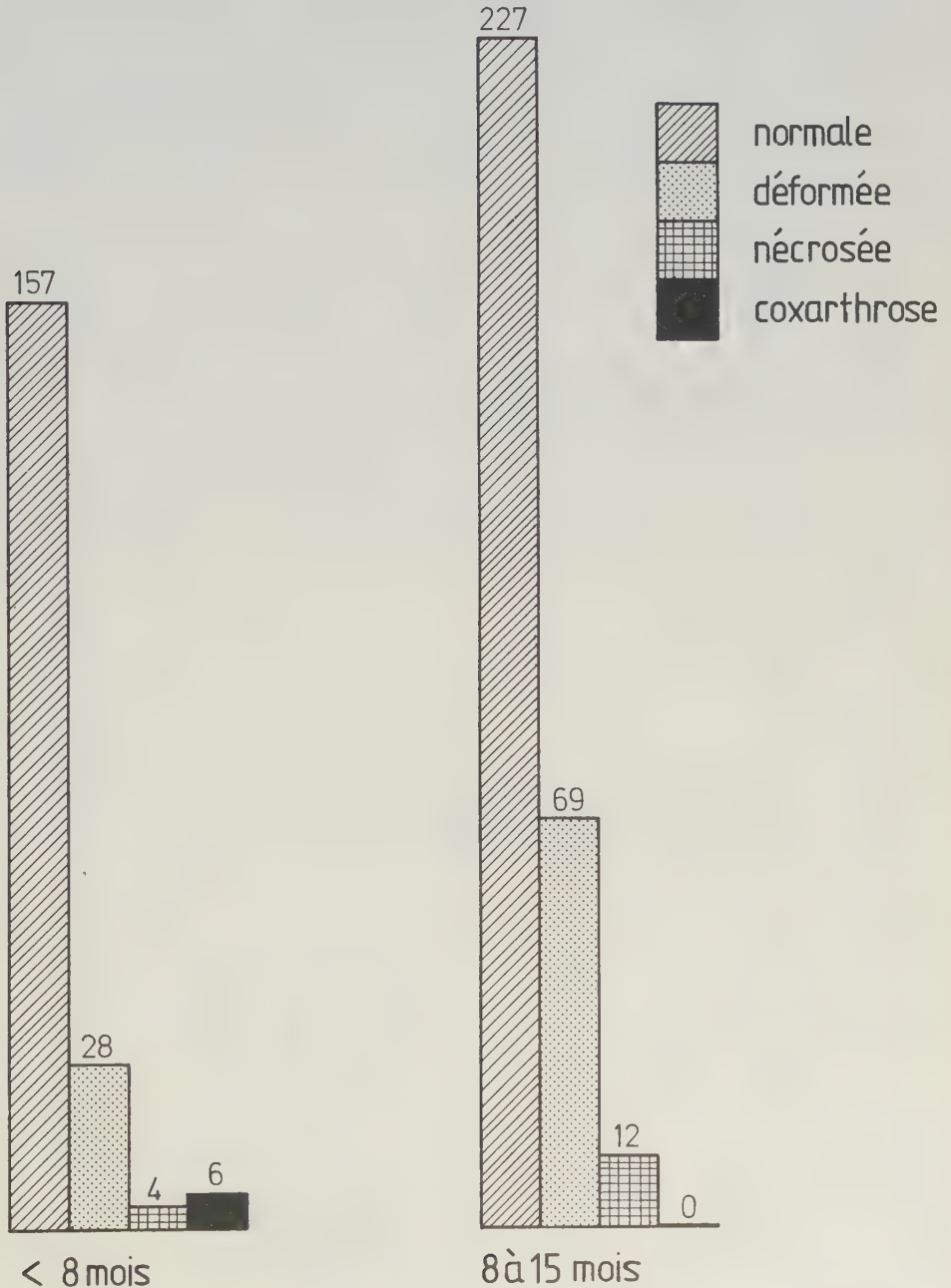
Si le traitement a commencé avant l'âge de 8 mois, il y a pour 157 têtes normales, 28 déformations, 4 nécroses, 6 coxarthroses.

Si le traitement initial a commencé entre 8 et 15 mois, il y a pour 227 têtes normales, 69 déformations, 12 nécroses et point de coxarthroses.

On voit la difficulté d'interprétation de ces résultats. On peut, dire cependant, compte tenu de l'intrication des facteurs anormaux (déformation, coxarthrose, nécrose) qu'à un dernier contrôle dont nous ignorons l'âge le trois quart environ des cas traités avant quinze mois, et assez sévères pour avoir justifié le plâtre, avait une tête fémorale radiologiquement normale.

Dans les nécroses de la tête dont le nombre des cas est du reste restreint, il n'y a pas de différence significative entre les cas traités directement par plâtres, et ceux précédés d'une extension. Ce résultat nous a étonné, persuadé qu'un relâchement musculaire et un centrage préalable au plâtre de la tête la plaçait dans des conditions trophiques meilleures.

V Résultat radiologique final des traitements avec immobilisation plâtrée (503 cas)



VI. TRAITEMENTS CONSERVATEURS ET "TOTAL FINAL" (255 cas)

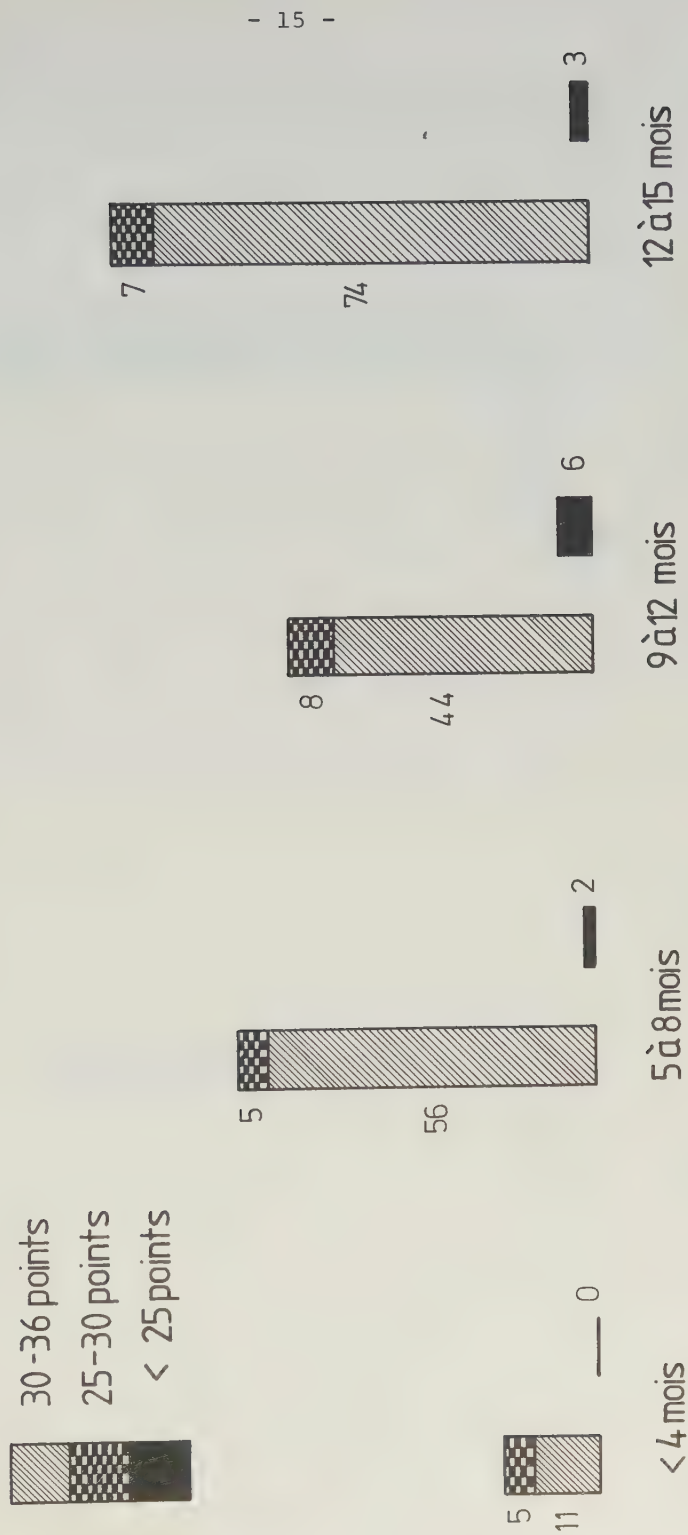
(tableau No 6)

Le questionnaire se termine par une rubrique un peu hybride, celle du "total final" qui est censé donner une note générale tenant compte de l'état clinique et radiologique, et de la satisfaction que le patient ou ses parents ont du résultat.

Cette note n'est pas aussi imprécise qu'il paraît au premier abord. C'est au contraire l'écueil d'une fausse précision que lui évite son caractère très général.

La hauteur des colonnes correspond, dans ce tableau, au nombre absolu des cas. On a la surprise de constater que la proportion des bons et des mauvais cas varie peu, dans les quinze premiers mois; en fonction de la précocité du diagnostic (ce qui n'est pas le cas, nous l'avons vu pour l'importance des moyens mis en oeuvre). Cela ne doit en aucun cas empêcher de tendre au diagnostic précoce ou connatal. Mais cela montre qu'il est inutile de culpabiliser un pédiatre ou une famille pour un décalage de quelques semaines.

VI Traitements conservateurs et "total final" (255 cas)



VII. INTERVENTIONS CHIRURGICALES NECESSAIRES APRES LE TRAITEMENT
CONSERVATEUR DES QUINZE PREMIERS MOIS, EN FONCTION DE LA
DATE DE SON DEBUT (238 cas)

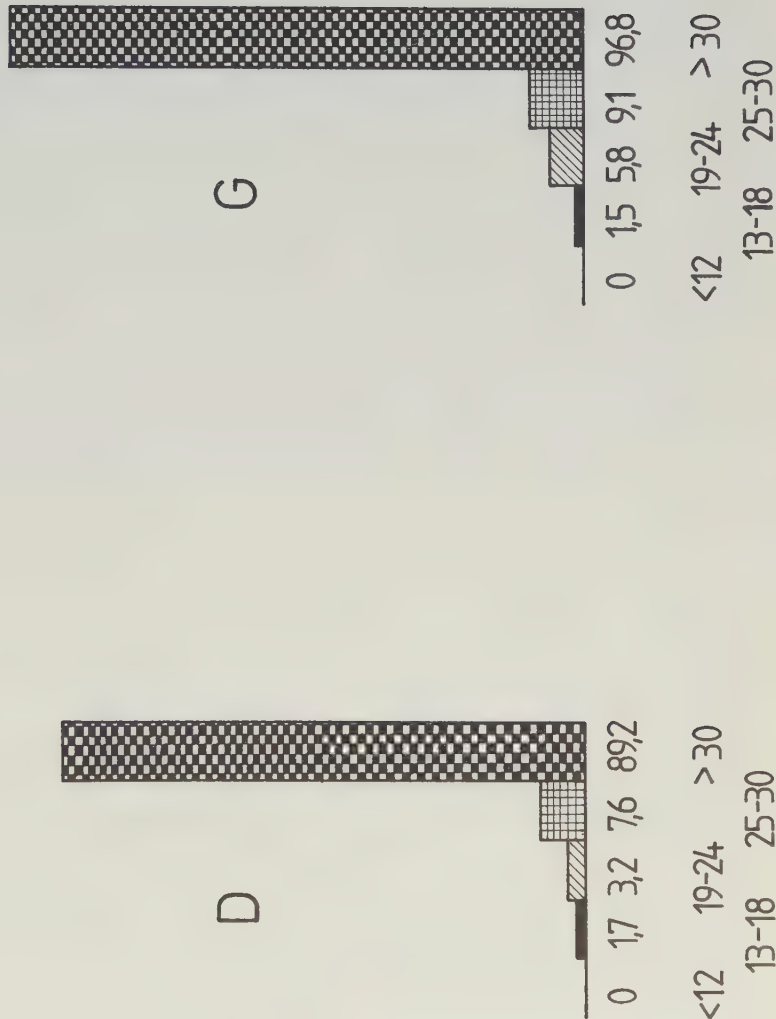
(tableau No 7)

Si, durant les quinze premiers mois, le traitement n'a été que conservateur, il ne s'ensuit pas qu'il n'ait dû être complété, au cours des années suivantes, par une intervention chirurgicale.

Nous avons donc essayé de savoir en quelle proportion des cas une intervention avait été nécessaire, et ceci en fonction de la date de mise en action du traitement initial. Nous savons que cette statistique doit être interprétée avec prudence puisqu'elle dépend de l'âge du dernier contrôle, et qu'une intervention non encore réalisée peut être prévue. Toutefois le résultat paraît assez significatif puisque le hasard hanche gauche, hanche droite donne une progression d'allure assez semblable. Plus le traitement est commencé tôt, moins le recours à une correction chirurgicale complémentaire est fréquent. Nous avons tout de même de la peine à nous en tenir à l'absolu de ces chiffres, étonnés que de toutes les luxations traitées la première année, il n'y en ait pas eu quelques unes où la tendance dysplasique ait conduit à un recentrage ultérieur ou à une amélioration du toit.

VII

Interventions chirurgicales nécessaires après le traitement conservateur
des 15 premiers mois en fonction de la date de son début (238 cas)



VIII. ELEMENTS DU DIAGNOSTIC DE LA "LUXATION CONGENITALE"
DANS LES QUINZE PREMIERS MOIS DE LA VIE (368 cas)
(tableau No 8)

Les constatations qui ressortent des paragraphes précédents montrent qu'au diagnostic précoce correspond un bon pronostic, avec un poids minimum de mesures conservatrices, et d'interventions chirurgicales subséquentes. Le diagnostic précoce a donc une importance thérapeutique majeure, et les éléments qui le permettent se doivent donc d'être analysés dans ce travail.

Malheureusement, la statistique doit être interprétée là aussi avec beaucoup de prudence : Il est en particulier impossible de distinguer si le signe d'Ortolani était présent au premier examen de l'enfant, ou au premier examen dans le service mettant en action le traitement. Une "hanche luxable" à huit mois n'est pas le "ressaut" du nouveau-né, et la distinction entre l'Ortolani de sortie et celui d'entrée, d'apparition récente, n'a pu être retenue.

La valeur majeure de ce signe apparaît donc très mal dans notre statistique qui sur ce point est certainement erronée.

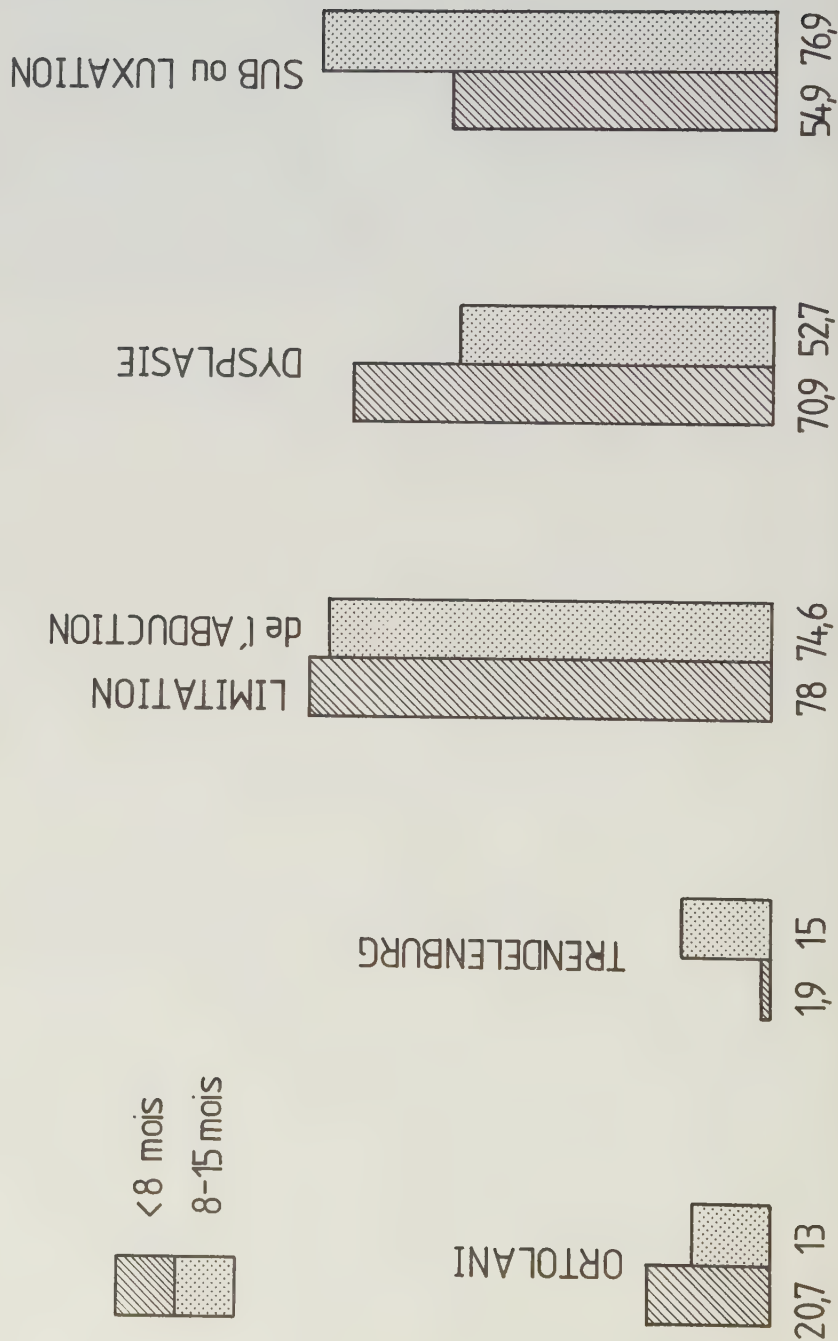
Quant à la recherche du signe de Trendelenburg avant l'âge de la réaction de soutien, elle ne prête qu'à sourire.

Un élément intéressant de ce tableau est par contre la confirmation de la valeur d'un signe clinique très simple à rechercher : la limitation d'abduction, évidente dans les dysplasies unilatérales et dans les nombreuses bilatérales qui sont asymétriques. C'est une manoeuvre de dépistage complémentaire à l'Ortolani. Elle nous paraît, par sa simplicité, ses possibilités de répétition et de comparaison, d'une valeur générale même plus sûre. L'absence d'un Ortolani en des mains parfois mal exercées, ou son absence tout court, peuvent donner une fausse sécurité, et c'est la limitation de l'abduction recherchée à chaque examen du nourrisson par le pédiatre qui permettra le diagnostic précoce.

Enfin, il est inutile de souligner la très grande fidélité de l'examen radiologique, mais qui, dans les premières semaines peut retarder sur l'examen clinique.

VIII

Éléments du diagnostic de la "Luxation congénitale" dans les quinze premiers mois



IX. CONCLUSION

En résumé, on peut donc tirer, avec une certaine sécurité, les éléments majeurs suivants de cette étude comprenant les cas où le traitement a débuté entre un et quinze mois :

Le traitement, dans les cliniques de Suisse, n'a été que conservateur durant cette période. Les résultats en sont excellents en cas de traitement très précoce, et restent très bons dans ceux ayant nécessité à coup sûr l'immobilisation plâtrée.

Le nombre des améliorations opératoires nécessitées par la suite est très faible et se limite à des techniques simples d'ostéotomie ou d'amélioration de la couverture.

DANS LA DYSPLASIE DE LA HANCHE, POUR L'ENFANT, LA FAMILLE ET LA SOCIÉTÉ, PLUS LE TRAITEMENT EST PRÉCOCE, MOINS IL CÔÛTE DE PLEURS ET D'ARGENT.

Tout en soulignant l'importance du signe d'Ortolani, il faut insister auprès du pédiatre et du généraliste sur le contrôle régulier, à chaque examen de l'abduction de la hanche.

On peut se poser la question de savoir si une radiographie systématique (qui n'a pas besoin d'être "étatisée") n'est pas souhaitable vers 3 ou 4 mois, à l'époque où le traitement conservateur a ses meilleures chances. Nous sommes moins partisans de méthodes systématiques de langage large qui donnent à notre avis une sécurité trompeuse et sont d'application aléatoire si rien ne les justifie.

C'est donc au pédiatre et au généraliste qu'appartient la mesure thérapeutique primordiale de la "luxation congénitale" : le diagnostic. Par contre les autres mesures, et quel qu'en soit le stade,

appartiennent à l'orthopédiste. C'est à lui seul de juger, des techniques conservatrices pendant cette période, laquelle est indiquée, et d'amener la hanche à sa perfection qu'elle avait songé un instant à quitter

B I B L I O G R A P H I E

- ALLEN R.P. : Ischemic necrosis following treatment of hip
"Dysplasia" J.A.M.A. 180,497,1962.
- BARLON T.J. : Early diagnosis and treatment of congenital
dislocation of the hip. J. Bone Jt Surg 44B,
232, 1962.
- DEBRUNNER H.U. : Orthopädische Diagnostik. Verlag Thieme,
Stuttgart 1966.
- DUNN J.M. : Anteversion of the neck of the femur. A method
of management. J. Bone Jt Surg 34B, 181-186,
1952.
- FREDENSBORG N. : Congenital dislocation of the hip. Results
of early diagnosis and treatment in Malmö.
International Orthopaedics (SICOT) 1, 101-105
(1977).
- HART V. : Congenital dislocation of hip in New-Born.
J.A.M.A. 143,1299,1950.
- LEVEUF J. -
BERTRAND P. : Luxations et subluxations congénitales de la
hanche. DOIN, Paris, 1946.
- MULLER M.E. : Funktionelle Hüftdiagnostik beim Kind. Aus :
Funktionsprüfungen. Festschrift Hommel S.335,
1971.
- NELSON M.A. : Early diagnosis of congenital dislocation of
the hip. J. Bone Jt Surg 48B, 388, 1966.
- ORTOLANI M. : Les stades préparatoires de la luxation congé-
nitale de la hanche. Revue d'orthopédie 35,161,
1949.
- ORTOLANI M. : Symptômes et évolution de la malformation luxan-
te de la hanche. Rev. chir. orthop. 44, 1958.
- ORTOLANI M. : Les nouveaux problèmes de la luxation congénitale
de la hanche. La revue de médecine No 10, 469-487,
juin 1963.
- PETIT P.-P. : Traitement de la luxation congénitale de la han-
che après la luxation. La revue du praticien,
tome VIII, No 17,2029,1958.

B I B L I O G R A P H I E (suite)

- PETIT P. : Traitement des luxations et subluxations
QUENEAU P. congénitales de la hanche dans la première
BORDE J. enfance. Rev. chir. orthop. 48,148,1962.
- PETIT P. : Le traitement de la luxation de la hanche
QUENEAU P. dite congénitale. Tiré de : La hanche.
CARLIOZ H. Monographie des annales de chirurgie.
DUBOUSSET J. Expansion scientifique française 1974.
LEBARD J.-P.
MECHIN J.-F.
- POULIQUEN E. : Luxation congénitale de la hanche, son dépis-
tage, son traitement depuis la naissance.
La revue du praticien Tome VIII, No 17, 1993,
1956.
- SOMMERVILLE E.W. : Result of treatment of 100 congenital dislo-
cated hips. J. Bone Jt Surg 49B, 258,1967.
- SOMMERVILLE E.W. : Development of congenital dislocation of the
hip. J. Bone Jt Surg 35B, 568, 1953.
- SOMMERVILLE E.W. : The direct approach to congenital dislocation
and SCOTT J.C. of the hip. J. Bone Jt Surg. 39B.623, 1957.
- TRUETA J. : Normal vascular anatomy of human femoral haed
during growth. J. Bone Jt Surg 39B,358,1957.
- VON ROSEN S. : Diagnosis and treatment of congenital disloca-
tion of the hip joint in the New-Born.
J. Bone Jt Surg 44B, 284-291, 1962.
- VON ROSEN S. : Early diagnosis and treatment of congenital
dislocation of the hip joint. Acta Orthopedi-
ca Scandinavia : 26,136,1956.

